LA LÈPRE

(6)

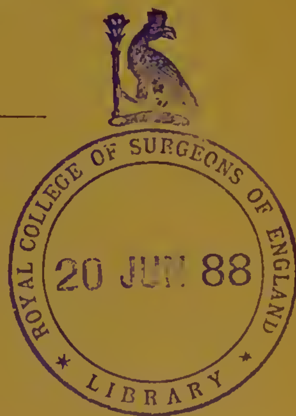
LA LÈPRE

PAR

M. A. LE ROY DE MÉRICOURT

MEMBRE ASSOCIÉ LIBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE (EN RETRAITE)

EXTRAIT DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Séances des 15 et 22 mai 1888



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain, 120

1888

l'un des premiers, en France, à faire ressortir l'importance de la découverte du bacille de la lèpre, que venait de faire le Dr Armauer Hansen. Le 20 février 1880, M. Besnier écrivait dans la *Gazette hebdomadaire* : « La doctrine classique de la lèpre reçoit, des découvertes inattendues de l'histologie bactéridienne, un profond ébranlement, une secousse salutaire et qui, sans aucun doute, sera féconde ; ce n'est peut-être pas encore la vérité, c'en est assurément l'aurore ; il faut la saluer avec enthousiasme. » Au début de sa belle communication, notre cher collègue acclame « cette science nouvelle née d'hier, qui apporte, à profusion, sur l'origine et la transmission de la lèpre les faits les plus inattendus et les plus vives clartés ». C'est en s'appuyant sur des faits précis et sur des observations neuves recueillies à l'aide des méthodes d'investigation les plus perfectionnées de la technique histologique et bactériologique, que M. Besnier a rédigé son mémoire.

Lorsque j'ai pris part, en 1885, à la discussion qui a déjà eu lieu dans cette enceinte, sur ce même sujet, vous avez pu comprendre que je n'accordais qu'une part restreinte à la contagiosité dans la transmission de la lèpre, comme, à l'occasion des dernières discussions, sur la nature et le mode de transmission du choléra ; j'en ai dit assez pour laisser entendre que je ne m'étais pas encore abandonné au courant qui entraîne la très grande majorité du monde médical vers la pathogénie bactéridienne. Je n'ai pu encore accepter, sans réserve, cet envahissement de la pathologie par l'histoire naturelle. Je n'ai pu encore me faire à l'idée qu'à chaque unité morbide correspond ou correspondra bientôt une individualité parasitaire ; l'organisme vivant de l'homme et des animaux, dévié dans son fonctionnement, ne peut plus, désormais, donner lieu spontanément à ces divers groupes de phénomènes anormaux que nous appelons maladies. Ceci, c'est le mode ancien. D'après le mode nouveau, dans l'immense majorité des cas, il faut reconnaître, comme cause nécessaire et efficiente, l'intervention d'un micro-organisme contemporain de l'homme et des animaux sur la terre. Il faut toujours admettre, en présence, deux facteurs, un micro-organisme ou son germe et un terrain de culture propice à son développement. Désormais, presque toutes les maladies sont reconnues transmissibles, grâce à la pénétration, au transport, d'un sujet à un autre, d'un ou plusieurs bacilles ou microbes. Si ce micro-organisme n'a pas encore été, pour certaines maladies, mis en évidence par le microscope et colorié

convenablement, il le sera demain; il existe, il doit exister, c'est fatal.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, je n'ai pas, veuillez bien le croire, la présomptueuse intention de chercher à remonter le courant. Je n'ai aucune compétence en bactériologie et, bien que je ne sois pas un savant, je ne m'exposerai pas à ce qu'on m'appliquât cette boutade échangée entre Lyell et Darwin : « Tous les savants devraient mourir vers soixante ans, car, à cet âge, ils ne manqueront guère de faire une opposition forcenée aux doctrines nouvelles. » — Je ne suis qu'un médecin qui a toujours cherché à observer de son mieux, à reconnaître la vérité utile, tout en étant éclectique et s'efforçant de se préserver de tout engouement doctrinal.

Je me propose, seulement, d'émettre quelques doutes sur la vivacité des clartés projetées par l'histologie et la bactériologie en ce qui concerne le mode de propagation de la lèpre et surtout les mesures prophylactiques. Étant admis l'existence du bacille de Hansen, je viens chercher, devant vous, les applications bienfaisantes et pratiques de cette découverte. Je me livrerai à une argumentation de détail et non à une attaque de fond.

J'ai fait appel au concours précieux, à la haute compétence de deux savants étrangers, mes amis, qui, pendant une grande partie de leur carrière, ont séjourné dans les pays à lèpre : à sir Joseph Fayrer, correspondant étranger de notre Académie, président du Conseil de santé du ministère des Indes, à M. van Leent, inspecteur général du service de santé de la marine royale néerlandaise. Je me fais un plaisir et un devoir de les remercier ici publiquement pour l'empressement si affectueux qu'ils ont mis à m'aider de leur expérience spéciale et de leur érudition.

M. Besnier vous l'a dit, c'est le récent *Traité de la lèpre* de M. Leloir qui a été l'occasion et qui est devenu le point de départ du mémoire qu'il vous a lu. M. Besnier a décerné les éloges les plus flatteurs et les plus légitimes au jeune professeur de Lille, et je m'y associe de tout cœur. Je ne mets pas en doute que l'appréciation si autorisée de ses travaux par notre cher collègue n'ait grandement contribué à l'élection de M. Leloir au titre de correspondant national. Je tiens aussi et particulièrement à féliciter M. Leloir de ce qu'il est doué d'une constitution réfractaire à l'introduction du bacille de Hansen, qu'il a affronté, d'abord à l'hôpital Saint-Louis, puis en Italie, puis en Norwège, où il a examiné plus de huit cents malades, passant dix heures par jour

dans les léproseries ou au domicile des lépreux. Son sang n'est pas un milieu fertile pour la culture du bacille ou, d'après la nouvelle théorie de la *Phagocytose* du professeur Metschnikoff (néologisme qui, je crois, n'aura pas l'approbation de notre ami M. Lereboullet), le sang de M. Leloir est riche en phagocytes robustes qui ont dû dévorer, à mesure qu'ils se présentaient, de nombreux bacilles de Hansen sans devenir dyspeptiques, après ces laborieuses digestions. Nos distingués confrères et tout le personnel de l'hôpital Saint-Louis jouiront toujours, je n'en doute pas, de cette même immunité.

La communication de M. Besnier datant déjà de six mois, je crois devoir condenser rapidement les données nouvelles acquises par la bactériologie, au sujet de la lèpre.

Voici la définition que donne M. Leloir dans son traité et qu'adopte M. Besnier : « La lèpre est une maladie parasitaire chronique. Elle est caractérisée par la production de néoplasies renfermant des bacilles, lesquels se développent surtout au niveau du tégument (cutané et muqueux) au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et dans certains viscères. Elle amène presque toujours la mort. »

Le bacille de la lèpre est identique au bacille de la tuberculose; mais la chromotechnique les distingue sans difficulté l'un de l'autre, et la numération comparée achève de les différencier, la bactérie lépreuse étant plus multipliée.

Les essais de culture du bacille lépreux dans le sol ou les eaux n'ont pas encore donné de résultats, même après des tentatives nombreuses dans les meilleures conditions apparentes, ainsi que le reconnaît lui-même Arning, contagionniste ardent.

L'histoire des microphytes de la lèpre est loin d'être terminée, il reste encore bien des inconnues.

Le liquide de culture, par excellence, des microphytes chez l'homme vivant, est le lymphe, dans les points où elle peut être stagnante.

On trouve rarement le bacille dans les liquides sécrétés; jamais l'urine n'en contient ; le mucus utérin et les sécrétions vaginales n'en contiennent jamais.

Suivant le D[r] Arning et notre collègue M. Besnier : « 1° le bacille lépreux est un parasite exclusif à la race humaine; 2° il peut être transmis directement de l'homme à l'homme; 3° ou avoir un état d'évolution intermédiaire, état sporulaire que nous sommes, à présent, incapables de découvrir, qui peut avoir pour habitat le

sol, l'eau ou les aliments, mais qui ne peut venir que des tissus malades d'un lépreux; 4° tout lépreux, à quelque période qu'il soit de sa maladie, est un dangereux foyer, puisqu'il multiplie et nourrit le germe dans ses tissus. »

Le bacille ne pénètre pas dans l'épiderme, mais on le trouve particulièrement dans les parties succulentes du chorion.

On n'a pas encore trouvé le bacille dans le système nerveux central. Arning prétend avoir découvert le bacille dans les nerfs périphériques (gaine lymphatique); mais cela est encore fort douteux. A ce sujet, je dois dire que, d'après le Dr van Leent, le Dr Eisenlohr fait erreur en envisageant la lèpre comme une névrite bacillaire, en cherchant à établir une analogie avec d'autres maladies endémiques et épidémiques du système nerveux, le béribéri entre autres. Cette analogie, d'après van Leent, ne repose sur rien, ni sur l'anatomie pathologique, ni sur la symptomatologie.

Pour M. Besnier, il est donc établi que la lèpre est une maladie bacillaire, la bactérie qui lui appartient est spécifique, constante. Cette bactérie ne naît pas spontanément; la lèpre ne fait pas exception à la loi de non-génération spontanée. Mais alors, la lèpre que nous connaissons étant exactement celle décrite par Moïse, le premier cas serait donc contemporain des premiers ou du premier couple humain. Il en serait de même de toutes les maladies bacillaires spécifiques, qui sont déjà nombreuses et dont le nombre grandit chaque jour. Je sais bien que je soulève là une question insoluble, aussi ne m'étendrai-je pas sur ce point.

Mais je ne puis m'empêcher d'être frappé de la facilité avec laquelle notre collègue résout le problème de la période de silence que l'on désigne, généralement, sous le nom d'incubation. Cette prétendue incubation, suivant lui, ne correspond pas à une germination ralentie de l'agent pathogène, mais à un sommeil réel du germe. L'incubation, suivant M. Besnier, ne commence que quand l'élément séminal a trouvé le terrain et les conditions de culture qui lui sont nécessaires; c'est le microbisme latent de notre collègue M. Verneuil. Ce qu'il y a de particulier à la lèpre, maladie bactérienne par excellence, c'est la difficulté manifeste que rencontre le germe à trouver un terrain de culture et la propriété qu'il possède de rester *indéfiniment* à l'état latent. Les faits dans lesquels cette période de latence est de trois à six ans sont très communs; elle pourrait durer douze, quatorze et même vingt ans. Vous voyez quelle facilité cette théorie du microbisme latent donne aux contagionnistes pour expliquer la provenance de

certains cas et attribuer à un sujet émigré depuis longtemps d'un pays lépreux dans un pays non lépreux le rôle d'importateur dans le lieu d'émigration. Cette doctrine ingénieuse ne relève certainement pas de l'expérimentation, et si M. Besnier peut regarder la doctrine de la spontanéité morbide comme un véritable *fatalisme médical*, il ne sera pas étonné de voir quelques esprits considérer la doctrine du microbisme latent comme du *romantisme médical*.

J'arrive à la question des modes de propagation de la lèpre qui est, suivant notre collègue M. Besnier, une des plus graves et des plus urgentes qu'ait à résoudre la médecine de notre époque, en raison de la multiplication contemporaine des foyers de lèpre jusqu'en des pays voisins, du développement de la politique coloniale de la France et l'augmentation croissante des communications internationales.

Pour mieux indiquer le danger qui peut menacer la France, M. Besnier nous a dit qu'il n'est pas aujourd'hui, à Paris, un médecin voué à la dermatologie qui n'ait sa clientèle de lépreux ; il y en aurait une centaine disséminés dans la ville ; l'hôpital Saint-Louis recueille, en permanence, des lépreux de toute provenance. Il nous parle de marins, de soldats, rapportant la lèpre des colonies. En ce qui concerne les marins, je n'ai jamais eu l'occasion d'en voir un seul cas dans les hôpitaux de la marine, et, ayant interrogé les membres du Conseil supérieur de santé, il ne m'a pas été indiqué de cas de réforme pour cette maladie. Il en est autrement, je le reconnais, pour les religieuses, les fonctionnaires. les colons qui résident *longtemps* dans les pays à lèpre. En tout cas, s'il y a une centaine de lépreux à Paris, ce doit être bien autre chose à Londres et en Angleterre, l'empire des Indes contenant en 1886, 124,924 lépreux sur 210,767,504 habitants. Les Iles Britanniques ont aussi des lépreux comme la France en a quelques-uns sur le littoral méditerranéen.

En ce qui concerne la Hollande, le D[r] van Leent m'affirme que, depuis trois siècles environ, chez des milliers de Hollandais (armée, marine, fonctionnaires, civils) il n'y a eu de cas de lèpre ni à Surinam, ni aux Indes orientales.

Pour M. Besnier, la lèpre provient exclusivement du lépreux; *en tout lieu*, le lépreux peut contaminer celui ou ceux qui vivent avec lui; le lépreux peut, *en tout pays*, importer la lèpre dans certaines conditions hygiéniques et sociales, dont *le rôle est tout-puissant;* enfin, la lèpre provient d'une source unique, le lépreux. Dans

les pays à lèpre, ce qui fait le lépreux, ce n'est pas le sol, ni les eaux, ni les aliments, ni la misère, c'est le lépreux. On ne peut être plus catégorique. La conclusion forcée, c'est qu'il faut le faire disparaître : « Morte la bête, mort le venin. »

Avant d'aborder la discussion de quelques cas de ces points et poursuivre, pas à pas, le texte de notre cher collègue, je lui exprimerai l'étonnement que m'a causé une opinion émise dans une de ses notes (p. 24 du *Bulletin*) (1), et qui montre à quel point il est pénétré de la doctrine de la pathogénie bactéridienne. « Alors « même, dit-il, qu'il n'y aurait plus d'habitants dans un pays « paludéen, ou dans une région cholérigène, un pays à choléra, « on y peut sûrement contracter le choléra ou la fièvre intermit- « tente ; mais dans les régions abandonnées par le lépreux, jamais « on ne contracte la lèpre. Quand un pays quelconque est débar- « rassé du lépreux, que celui-ci soit séquestré, parti ou mort, le « péril a cessé. » Et il ajoute en note : « Je ne veux pas dire que « les microphytes de la malaria, pas plus que ceux du choléra, « naissent spontanément dans le pays que l'homme n'a jamais « habité, et qu'ils ne sont pas soumis à la loi de transfert par « l'homme; je regarde, au contraire, ce transfert comme certain, « aussi bien pour l'agent générateur de la peste que pour celui de « la fièvre jaune et de la malaria ! » « Je crois difficilement qu'un « marais qui n'aurait jamais été habité par l'homme produise le « microphyte de la malaria, et je considère comme certain qu'il « ne produira jamais de bacille du choléra ! »

Ainsi donc, pour notre collègue, c'est l'homme qui porte, en lui-même, le micro-organisme germe des maladies zymotiques et même de la malaria; les marais, les eaux, le sol ne jouent plus que le rôle de bouillon de culture ! ! ! Le transfert se fait de l'homme à l'extérieur, et, si l'extérieur est fertilisable, du sol, des eaux, à l'homme. Je ne crois pas que beaucoup d'entre vous puissent partager cette opinion; quant à moi, en ce qui concerne particulièrement la malaria, malgré toutes les découvertes des divers microphytes auxquels on attribue la malaria, jamais je n'admettrai le transfert de la fièvre paludéenne de l'homme à l'homme, et pas davantage de l'homme aux eaux et au sol. Ce serait pour moi la négation de tout ce qu'il m'a été donné d'observer dans ma carrière de médecin de la marine.

Dans une des séances qui suivirent la lecture des mémoires sur

(1) Séance du 14 octobre 1887.

la lèpre, j'exprimai à notre collègue la surprise que j'avais éprouvée en lisant ces passages de son mémoire. Il me cita, à l'appui de sa doctrine, l'apparition de la malaria à l'île de la Réunion, qui avait, croyait-il, été indemne de paludisme jusqu'à l'arrivée, dans l'île, des Malgaches et surtout des Indiens. Sans doute, la constitution géologique de cette île la rendait infiniment plus salubre que le littoral de Madagascar; mais il y a eu, de tout temps, des foyers de malaria, pendant l'hivernage, dans certains points du littoral; il est certain que, pour le constater, il fallait qu'il y eût des habitants; ces foyers ont été augmentés, et leur insalubrité s'est accrue à la suite du déboisement des hauteurs, après l'abolition de l'esclavage. Quant à l'arrivée des travailleurs indiens, elle a introduit la *relapsing fever*, la fièvre à rechûte, mais nullement la malaria. Si je me suis attardé sur ce point étranger à la lèpre, c'est parce que j'ai cru devoir montrer combien les esprits les plus sages, entraînés par une conviction ardente, peuvent pousser à l'extrême les théories qui les ont séduits.

Voilà donc la lèpre assimilée, par son mode de transmissibilité, à la syphilis; les conditions extrinsèques au lépreux, agent de transfert des bacilles, n'ont plus qu'une valeur tout à fait secondaire. Je ne saurais mieux faire, pour combattre les assertions de M. Besnier, que de vous donner connaissance d'un passage d'une des leçons sur la syphilis de M. Leloir :

« En nous plaçant au point de vue de la pathologie générale, « si nous comparons la syphilis à deux autres maladies qui lui « sont très analogues, la tuberculose et la lèpre, maladies à évo- « lutions très longues, des plus longues parfois, nous pouvons « supposer que la syphilis présente une origine analogue à celle « de ces deux maladies virulentes.

« Or, dans ces deux affections, la tuberculose et la lèpre, on a « décrit un contage fixe, organisé, parasitaire, une bactérie en « un mot. On est donc en droit de considérer ces deux affections « comme d'origine bactérienne. Mais, en somme, *la démonstration « n'est faite, jusqu'ici, d'une façon péremptoire, que pour la tuber- « culose.*

« Il faut, en effet, pour avoir le droit d'affirmer qu'une mala- « die est d'origine parasitaire et produite par l'introduction, dans « l'organisme, d'un microbe pathogène, démontrer : 1° que cette « maladie est inoculable; 2° qu'il existe dans les produits d'ino- « culation un microbe spécial; 3° que le microbe cultivé, obtenu

« à l'état de culture pure et inoculé dans de bonnes conditions
« expérimentales, reproduit toujours la maladie spécifique.

« Pour la tuberculose, cette démonstration vraisemblable, après « les recherches de Toussaint et de Kelchs, a été établie d'une « façon péremptoire par les travaux de Kock, vérifiée par ceux de « Baugmarten, Cornil, Grancher, etc.

« Pour la lèpre, cette démonstration est loin d'être faite, car, « si l'on est arrivé à trouver, dans les produits lépreux, un bacille « des plus abondants, on n'a pas encore réussi à reproduire la « lèpre par l'inoculation de ces produits ou des cultures de ces « bacilles.

« Je dois dire que la démonstration de la nature contagieuse et « inoculable de la lèpre ne me paraît pas encore faite d'une façon « absolue, malgré la découverte du bacille lépreux, par le « Dr Hansen et le professeur Neisser; et cela, parce que, jusqu'ici, « malgré de nombreuses tentatives, personne n'a réussi à inoculer « la lèpre soit à l'homme, soit aux animaux (1). »

Notre collègue, M. Besnier, ne pourra pas, certainement, récuser la valeur de ce raisonnement, dû à un médecin qu'il a proclamé hautement, avec raison, à cette tribune, si compétent en ce qui concerne l'étude de la lèpre et de la bactériologie, en général, et qui est franchement contagionniste.

Chose étrange : de trois maladies qui ont des analogies réelles, c'est celle dans laquelle on n'a pu montrer encore l'existence d'un micro-organisme qui est la plus inoculable, la plus incontestablement transmissible; des deux autres qui, dans leurs produits, contiennent un bacille incriminé, c'est celle qui possède le bacille le plus gros et le plus abondant qui n'a jamais pu, jusqu'à présent, être inoculée et dont le mode de propagation demeure le plus obscur !

Vous voyez donc, Messieurs, que, sur ce point déjà, la clarté projetée sur la pathologie de la lèpre, par la découverte de Hansen, n'est pas si vive !

La notion du bacille lépreux vient-elle expliquer le mode de transmission directe de la lèpre, du lépreux à l'homme ou, par suite, sa contagiosité; c'est ce que je vais examiner maintenant.

« Dans les temps anciens, au moyen âge, jusqu'à l'époque mo« derne, dit M. Besnier, le danger du contact entre le lépreux et

(1) Leloir. *Leçons sur la syphilis*, p. 30-31.

« l'homme sain n'a jamais été contesté; mais au commencement « de ce siècle, l'abandon de la spécificité des maladies et la con- « templation des faits négatifs vinrent ébranler la croyance à la « contagiosité de la lèpre et préparer les esprits à accepter, sans « contrôle et sans critique, les conclusions anticontagionnistes « des auteurs scandinaves Danielsen et Bœck, plus tard appuyées « sur le prestige et l'autorité du nom de Virchow. » Bien avant le commencement de ce siècle, bien des auteurs émirent des doutes sur la contagiosité de la lèpre. Je citerai Fernel, Forestus, Fabrice d'Aquapendente, Campet.

A l'occasion de cette discussion, j'ai lu, avec la plus grande attention, l'article *Lèpre* inséré dans le 27e volume du *Dictionnaire des Sciences médicales,* rédigé par Alibert et qui a paru en 1818. Déjà Alibert commençait à réagir contre les excès de cette terreur inspirée contre les lépreux, depuis Moïse, et dont les manifestations constituent un des chapitres les plus sombres de l'histoire de l'humanité.

« On a, dans tous les temps, dit Alibert, répandu l'épouvante touchant le caractère contagieux de cette horrible maladie ; mais on s'est trop fié, peut-être, sur ce point, à des traditions mensongères. » Après avoir cité les opinions de Schilling, contagionniste passionné, il ajoute : « Quelques observateurs citent néanmoins des faits qui devraient faire révoquer en doute l'influence de la contagion sur le développement de la lèpre... » Et plus loin : « Les deux individus lépreux que nous avons gardés à l'hôpital Saint-Louis n'ont jamais été séquestrés de leurs voisins. Ils recevaient des soins très particuliers de nos charitables religieuses et de nos infirmiers. »

Ce n'est pas sans contrôle et sans critique que des hommes aussi compétents que Danielssen et Bœck ont écrit ce qui suit, en 1848 : « Parmi la foule de spédalsques que nous avons observés par « centaines et que nous avons journellement fréquentés, il n'existe « pas un seul exemple que le mal se soit étendu par contagion ; « nous connaissons beaucoup de mariés dont l'un a été spédalsque, « qui ont vécu beaucoup d'années ensemble et conjugalement « sans que l'autre ait été attaqué de la maladie. De même à l'hôpital « Saint-Georges, il a vécu beaucoup d'individus sains en compagnie « de spédalsques, plus de trente ans, sans être affectés de cette « maladie. C'est aussi, en vérité, un grand bonheur pour notre « pays que la spédalsque n'y soit pas contagieuse, car s'il en eût « été autrement, elle aurait immolé un bien plus grand nombre

« de victimes. » En 1884, il est vrai, M. Leloir a eu occasion de s'entretenir avec ces deux autorités en matière de lèpre ; seul le Dr Danielssen a continué à persister formellement dans la négation de la contagion ; le Dr Bœck *penche* plutôt actuellement pour la contagion. Le Dr Kaurin de Molde a dit textuellement à M. Leloir : « Je ne possède pas de cas bien nets de contagion. Je possède des cas suspects; je ne suis pas sûr que la lèpre soit contagieuse; je n'oserais l'affirmer; je pense, en revanche, qu'elle est héréditaire. » Donc notre collègue M. Constantin Paul, lors de son rapport sur le travail de M. Zambaco, ne s'était que légèrement trompé dans ses assertions (18 juillet 1885).

Les médecins norwégiens avaient d'ailleurs été vivement impressionnés par des tentatives d'inoculation expérimentale qui avaient précédé, de bien des années, la découverte du bacille d'Hansen.

Nous empruntons le récit textuel de ces tentatives au *Traité* de M. Leloir, page 237 :

« On conçoit que, il y a longtemps, des médecins, poussés par « l'amour de l'art, convaincus de la non-contagiosité de la lèpre, « aient pu (après s'être inoculés eux-mêmes plusieurs fois), aient « pu, dis-je, inoculer leurs semblables avec le consentement de « ceux-ci.

« Il y a de cela près de trente ans, le vénérable X..., cherchant la « cause de la lèpre qu'il étudiait avec acharnement et qui nous a « valu ces magnifiques travaux, persuadé de la nature non conta- « gieuse du mal, ne voulant pas néanmoins faire aux autres ce qu'il « n'aurait pas voulu qu'on lui fît à lui-même, X... s'inocula des « produits de lèpre tuberculeuse (parcelles de tubercules, sang, « pus, etc.), répéta ces expériences, ne réussit qu'à se donner « quelques lymphangites septiques, et, persuadé que la lèpre n'est « pas plus inoculable que le cancer, il se décida à inoculer « quelques sujets sains (avec leur consentement). Il inocula ainsi « vingt individus sains, avec du sang, des parcelles de tubercules « du sang ou du pus, recueillies au niveau des tubercules; ces « inoculations déterminèrent seulement quelques lymphangites « septiques peu graves ; mais, dans aucun des vingt cas, il ne se « produisit, même localement, quoi que ce soit ayant rapport avec « la lèpre. Tous ces inoculés furent suivis pendant des années et « des années. Tous demeurèrent absolument sains. Les résultats « négatifs de ces inoculations, faites il y a près de vingt ans, « connues de tous les médecins scandinaves et d'un certain « nombre de malades, a contribué, pour beaucoup, comme je l'ai

« constaté dans mes voyages en ces pays, à répandre l'opinion « que la lèpre n'est ni contagieuse ni inoculable. (Ces observa- « tions sont inédites.) »

Ce n'est pas sans contrôle, sans critique, sur de simples vues théoriques ou doctrinales, je le répète, que l'idée de la contagiosité de la lèpre a perdu du terrain ; mais cette transformation a été amenée et fortifiée par les enquêtes les plus sérieuses faites dans les pays à lèpre par excellence.

Dès 1862, sur l'initiative du sous-secrétaire d'État pour les colonies anglaises, a commencé une vaste enquête sur le mode de transmission et de propagation de la lèpre. Le *Royal medical College of Physicians* prépara un questionnaire, qui fut adressé à tous les médecins ou comités médicaux des possessions anglaises d'outre-mer.

D'après les rapports parvenus à la suite de cette première enquête, l'illustre compagnie crut pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Il existe un accord presque unanime pour considérer la lèpre comme souvent héréditaire, mais aussi pour admettre que la maladie se manifeste, souvent, sans qu'il puisse être question d'hérédité ;

2° La conviction, presque unanime des observateurs les plus expérimentés des différentes parties du monde est entièrement opposée à la croyance que la maladie est contagieuse et communicable par proximité ou contact avec le lépreux.

Le Dr Gavius Milrop, un des membres les plus distingués du Royal College, fut envoyé en mission aux Indes occidentales, et formula, à son retour, les mêmes conclusions que le comité du Royal College.

En 1867, dix-sept questions relatives à la lèpre furent, de nouveau, envoyées à toutes les colonies de l'Empire Britannique, par les soins du Royal College. La commission ayant examiné, avec soin, les réponses parvenues, pense que le poids et la valeur des documents fournis sont hautement de nature à établir la non-contagiosité de la lèpre. — En conséquence, la commission ne peut que rappeler l'opinion consignée dans un premier rapport, à savoir : que les réponses reçues jusqu'à présent ne contiennent pas d'assertions qui pourraient justifier des mesures d'internement forcé des lépreux.

En 1872, le duc d'Argyle fit faire une enquête dans l'Inde Britannique par les soins de deux dermatologistes éminents, les doc-

teurs Tilbury Fox et T. Farquhar, qui dressèrent un questionnaire auquel devaient répondre les médecins de l'Inde. De toutes les réponses fournies et aussi d'après leur propre expérience, les deux médecins conclurent à la non-contagion, tout en faisant des réserves au sujet de la question de l'inoculation (1). Nous aurons occasion de revenir, tout à l'heure, sur l'opinion émise par ces médecins éminents.

En 1887, nouvelle enquête par les soins du *Royal college of Physicians* de Londres. Voici la traduction du rapport de la commission :

Royal College of Physicians.

Londres, 15 juillet 1887.

Rapport de la commission de la lèpre

La commission nommée par le Collège pour examiner la communication du ministère des Colonies au sujet de la lèpre, après avoir étudié, avec le plus grand soin, les questions contenues dans cette communication, vient en rendre compte au Collège.

La commission sait parfaitement qu'il y a une très grande divergence d'opinion relativement à la transmissibilité de la lèpre, et que beaucoup de médecins des colonies et d'habitants n'acceptent pas les opinions exprimées par le Collège dans son rapport de 1867.

La commission pense que s'il y a quelques éléments de contage dans la lèpre, ils ne sont pas aussi redoutables que ceux de la syphilis, maladie qui n'est généralement pas considérée comme justifiant l'internement forcé à l'égard de ceux qui en sont atteints.

La commission est d'avis que la lèpre n'est pas contagieuse dans le sens proprement dit, mais que si elle l'est, ce n'est qu'à un faible degré et dans des circonstances exceptionnelles.

La commission est d'avis qu'une enquête plus approfondie soit instituée en ce qui concerne quelques points plus obscurs de la pathologie de cette maladie, de manière à dissiper les doutes qui peuvent encore exister au sujet de la transmissibilité; elle re-

(1) *Scheme for obtaining a better Knowledge of the endemic diseases of India*, 1872.

commande que le gouvernement ouvre cette enquête que le Collège pourrait diriger; son rapport serait adressé au gouvernement quand l'enquête serait complète.

Tant que la commission ne croira pas l'internement forcé des lépreux nécessaire, il sera désirable d'encourager les asiles de lépreux ou les maisons de refuge convenablement organisées ; de tels asiles ne doivent pas être regardés comme des prisons et disposés de telle sorte qu'ils deviennent des foyers rendant la maladie plus intense ; mais ils doivent être simplement des refuges où l'assistance bienfaisante assure, autant que possible, les conditions hygiéniques.

La commission recommande instamment à l'État de prêter son concours et son appui dans cette voie.

C. Handfield Jones.

Chairman.

Vous voyez, Messieurs, par la lecture de ce dernier document officiel si récent, que l'opinion contagionniste n'a pas pris autant le dessus, en Angleterre, que le pense M. Besnier.

Avant de produire l'opinion d'autres autorités du même pays, je désire répondre au reproche fait par notre collègue M. Besnier à notre collègue M. Constantin Paul de n'avoir pas consulté l'édition de Tilbury Fox de 1873, dans laquelle cet auteur se montrerait franchement contagionniste. Cette édition est postérieure d'une année à la publication officielle des résultats de l'enquête des Indes (1872) que M. Constantin Paul aurait mise à contribution. Mais M. Besnier lui-même n'a pas compulsé la publication due à Tilbury Fox, Farquhar, van Dick Carter, intitulée : *On certain endemic Skin and others diseases of India and hot climates generally*, éditée à Londres, en 1876.

Il y aurait lu le passage suivant, à la page 59 :

« La question de la contagiosité de la lèpre est encore ardem-
« ment discutée, et, récemment, le Dr Hansen, de Bergen, a
« affirmé que cette maladie se propage, principalement, par la
« contagion, dans ce pays. Un rapport spécial sur ce point a été
« récemment rédigé par nous, pour le comité de la lèpre nommé
« par le Collège royal des médecins ; dans ce rapport, l'inexac-
« titude de l'argument de Hansen était pleinement démentie
« (*the fallacy of Dr Hansen's argument was fully shown.*) et une
« réplique basée sur ce rapport fut envoyée à lord Carnavan, en

« réponse à la communication reçue par le Collège, dans laquelle
« il était établi que le Collège maintenait, jusqu'à présent, l'opinion
« que la contagiosité de la maladie n'a pas encore été prouvée. La
« maladie peut être inoculable, mais, jusqu'à présent, nous ne
« voyons pas de raison, en ce qui concerne la contagiosité, pour que
« les lépreux ne soient pas admis dans nos hôpitaux généraux et
« n'y reçoivent pas tous les soins désirables. Nous n'avons jamais
« observé ni entendu dire qu'il y ait eu, en Angleterre, de fâcheux
« résultats provenant de cette manière d'agir. »

Voici des extraits d'une autre publication, qui n'ont pas une moindre importance en raison de la haute compétence des auteurs en matière de lèpre. Je veux parler du rapport du Dr R.-P. Lewis et du Dr D. Cunningham, imprimé à Calcutta, 1876, par ordre du gouvernement :

« La lèpre existe dans l'Inde, au moins depuis trois mille ans.
« Pour les trois présidences de l'Inde anglaise, on estime à
« plus de 99,000 le nombre des lépreux pour une population de
« 182,837,180 habitants, soit 54 cas de lèpre par 100,000 habitants.

« En 1877, l'asile d'Almora contenait 211 malades, 117 hommes
« et 84 femmes. Un seul cas pouvait, à la rigueur, être attribué à
« la contagion. L'histoire de l'asile n'apporte aucun autre élément
« en faveur de la contagiosité ; il n'y a pas d'exemple, parmi les
« infirmiers ou autres employés ayant des relations quelconques
« avec les lépreux, qu'un d'entre eux ait eu à souffrir de l'accom-
« plissement de ses fonctions. L'hérédité, au contraire, est une
« cause évidente de transmission. La maladie a une tendance à
« suivre la ligne maternelle descendante.

« L'internement forcé est une mesure ni efficace ni pratique de
« diminuer l'extension de la maladie. Les asiles sont bien supé-
« rieurs aux prisons.

« L'histoire de l'asile d'Almora ne vient pas à l'appui de la
« contagiosité; elle prouve, avec évidence, le contraire. L'hérédité
« exerce la plus importante influence sur le développement de la
« lèpre. »

Depuis dix ans, les convictions du Cunningham ne sont pas modifiées ; sur ma demande, à l'occasion de cette discussion, sir J. Fayrer a bien voulu le prier de formuler son opinion actuelle ; voici sa réponse :

(37 Courtfield Garden, nov. 16, 1887).

« Mon cher sir Joseph Fayrer,

« Comme vous le savez, le Dr Lewis et moi, il y a déjà quelques années, nous avons fait une étude spéciale de la lèpre, dans l'Inde. Les résultats de nos investigations furent consignés dans un rapport qui a été publié sous forme d'appendice au *Rapport annuel de la Commission sanitaire au Gouvernement de l'Inde, pour l'année* 1875-1876.

« Je n'ai pas vu qu'il y eût lieu de modifier les opinions que nous avons exprimées alors, relativement à l'interprétation des phénomènes offerts dans l'Inde par la maladie. Ces phénomènes me paraissent, encore aujourd'hui, clairement démontrer que l'apparition et la prédominance variable de la maladie, dans ce pays, ne peuvent être déterminées par la transmission par contagion, mais qu'ils dépendent des conditions de localité et de l'hérédité.

« La constante coïncidence du bacille spécifique avec l'apparition de la maladie est, bien entendu, un très remarquable phénomène qui donne à réfléchir; mais il est bien difficile de le regarder raisonnablement comme apportant un argument capable de détruire l'évidence fournie par les grands faits de la distribution géographique d'une part, et la frappante absence de faits irréfutables de contagiosité apparente de l'autre.

« Bien à vous.

« Cunningham. »

Sir Joseph Fayrer voulait bien me transmettre, en même temps, la lettre suivante du Dr Mac Connell, datée aussi du 18 novembre 1887 :

« Comme professeur de pathologie et médecin résident au Collège médical et à l'hôpital de Calcutta, depuis dix ans, j'ai eu un nombre considérable de fois à m'occuper de la lèpre ; pendant les années 1875-1876, j'ai été chargé par le gouvernement du Bengale d'apprécier une méthode particulière de traitement de cette maladie (il s'agissait de l'huile de Gurjun) et de faire un rapport sur cette méthode. Bien que la question de la contagiosité n'ait pas fait l'objet, pour moi, d'une étude particulière, cependant j'ai dû me préoccuper, à l'occasion des commémoratifs de tous les sujets atteints dont le traitement était entrepris,

sous ma surveillance, du mode d'origine de la maladie. Je n'ai pas le souvenir d'un seul cas qui puisse démontrer, d'une manière évidente, qu'elle ait été le résultat d'une contagion directe.

« D'une manière générale, d'après l'expérience que j'ai acquise, il m'est impossible d'admettre la contagiosité de la lèpre. Mais je suis convaincu que la maladie se propage par le mariage entre lépreux et par transmission héréditaire, soit du côté du père, soit du côté de la mère. »

En septembre 1887, le Dr Beeven Rake, surintendant médical de l'asile des lépreux de la Trinité, écrivait, dans le *British medical Journal :* « Personne ne sait encore ce que nous donnera la bactériologie dans l'avenir, et je suis tout prêt à modifier mes opinions, sous l'influence de la lumière de cette science qui est à son aurore ; mais, pour le présent, je pense que très peu de personnes admettront que, dès maintenant, il ne reste plus aucun doute sur la contagiosité de la lèpre. »

Je terminerai ces citations d'observateurs éminents par la lettre que m'adressait sir J. Fayrer lui-même, le 1er novembre 1887 :

Londres, 1er novembre 1887.

« Mon cher ami,

« J'ai reçu le *Bulletin de l'Académie* (séance du 14 octobre) et j'ai lu, avec le plus grand intérêt, la monographie du Dr Besnier sur la lèpre. C'est un magnifique travail, si clair, si précis, si ferme dans ses conclusions au point de vue où se place son auteur, qu'on ne peut que lui envier d'être arrivé à une solution si positive sur un sujet qui demeure si obscur pour tant d'autres. Le Dr Besnier est complètement convaincu de la contagiosité ; ayant cette conviction, ses conclusions sont le résultat logique de cette croyance.

« J'ai vu un grand nombre de cas de lèpre ; j'ai fait beaucoup de recherches sur ce sujet, et je n'ai jamais pu parvenir à acquérir la conviction que cette maladie fût contagieuse ; je suis arrivé plutôt à la croyance contraire, et cette opinion est partagée par beaucoup d'autres médecins. Mais je sais bien que beaucoup d'éminents observateurs anglais partagent les vues de M. Besnier, en ce qui concerne la contagion. Le rôle attribué au bacille est sans doute d'un haut intérêt, mais il importe de savoir s'il est réel ; il est à peine connu ; je crois qu'il est probable que ces micro-organismes seront reconnus plus tard comme n'étant que

des résultats et non des causes. Pour le moment, il me paraît prématuré de formuler une opinion dogmatique sur ce point ; ce rôle est trop peu élucidé pour le généraliser avec certitude. Je crains que cette exagération de la théorie de la contagion ne soit destinée à faire plus de mal que de bien. Je crois que cela ne conduira pas à renoncer aux idées qui, autrefois, ont condamné les victimes de cette maladie à des tortures aussi horribles que la maladie elle-même.

« Votre sincèrement affectionné,

« J. FAYRER. »

Je ne me suis pas borné, Messieurs, à consulter les écrits des adversaires de la contagion. Parmi les plus ardents contagionnistes, je citerai M. le Dr Ch. Rognat-Landré, qui a hérité des opinions de son père, qui exerçait à Surinam. Dans un mémoire intitulé : *De la contagion, seule cause de la propagation de la lèpre*, publié à Paris en 1869, je trouve les passages suivants : « Les limbes qui toujours ont enveloppé la connaissance de la lèpre n'ont été nulle part plus profondes que sur la partie qui a rapport à son étiologie... quand on pense combien est grande la difficulté d'obtenir quelque certitude à l'égard de la contagion, lorsque la *possibilité d'un développement spontané*, l'hérédité, la prédisposition individuelle rivalisent entre elles pour recouvrir d'un voile épais cette question importante. » Et ailleurs : « Mais si la lèpre est contagieuse, me dira-t-on, comment se fait-il que le contact soit si souvent inoffensif ? J'avoue franchement que j'ignore les conditions que doivent offrir à un moment donné l'infectant et l'infecté, conditions inconnues pour la plupart des maladies unanimement reconnues contagieuses. » (P. 60.)

M. Rognat-Landré montre lui-même à quels résultats déplorables entraîne l'internement forcé. Voici une série de chiffres concernant la léproserie de Batavia :

En 1851, 461 individus étaient internés, 121 étaient nés à l'établissement ; sur 100 de ces 121, 54 étaient sains, 46 atteints d'autres maladies, et, parmi les 21 restant, le Dr Deutschbein n'en trouva qu'un petit nombre qui fussent réellement lépreux.

En 1853 : sur un total de 448 internés, 112 étaient sains.
En 1857 — 386 — 115 sains. 26 suspects.

Sur les 115 personnes saines, il y en avait 78 qui avaient un

pere ou une mère ou des aïeux lépreux ; de ces 78 personnes, 16 étaient, depuis plus d'un tiers de siècle, exemptes de lèpre.

Le 17 janvier 1863, la léproserie contenait 362 internés ; sur ce nombre, 89 furent reconnus sains et rentrèrent dans la société. Pour en finir avec les enquêtes, rappelons que, à la date du 5 février 1885, par ordre du Gouvernement hawaïen, M. Gibson, ministre des affaires étrangères et président du Comité de santé, a adressé, dans le but de faire une contre-enquête, un questionnaire relatif à la lèpre au secrétaire des Indes anglaises, au secrétaire de Ceylan et à tous les agents diplomatiques et consulaires, représentant le Gouvernement hawaïen dans les diverses parties du monde où la lèpre existe notoirement. Le résultat de cette enquête a été publié en 1886, à Honolulu, sous le titre de : *Leprosy in foreign Countries*. M. L. de Varigny en a donné le résumé dans son excellent article (1). Les non-contagionnistes sont en majorité, les contagionnistes admettent surtout la contagion sexuelle ou conjugale.

Malgré la lumière si vive que doit projeter sur le mode de propagation de la lèpre la découverte de Hansen, M. Besnier est, lui-même, impressionné par la multitude de faits négatifs et surtout par la non-inoculabilité du bacille de l'homme à l'homme sur laquelle nous insisterons plus loin. Il est amené à comparer la lèpre à la tuberculose sous le rapport de la contagiosité occulte, de l'incubation illimitée et de l'évolution irrégulière.

« Pas plus que cette dernière maladie, dit-il, la lèpre n'est « constamment et en toutes circonstances contagieuse et féconde ; « avec quelque profusion qu'ils soient semés et disséminés, les « germes de l'une et de l'autre maladies réclament, pour fructifier, « des conditions qui font défaut et, pour la lèpre, elle ne fait « foyer que là où elle trouve réunies toutes ces conditions. Parmi « celles que nous connaissons, il faut placer, en premier rang, « toutes les défectuosités individuelles et sociales, la promiscuité « sordide et misérable, le contact humain trop étroit. C'est pour- « quoi, dans les pays depuis longtemps constitués, à civilisation « avancée et complète, et dans lesquels il y a une hygiène, une « police médicale, le lépreux ne forme pas foyer, la maladie reste « stérile, ne s'étend pas en dehors des contacts immédiats, et la « contagiosité s'abaisse, au point de devenir absolument excep- « tionnelle. »

(1) *La lèpre aux îles Hawaï*, in *Revue scientifique*, 2e série, VIIe année, no 3, juillet 1887.

Mais, Messieurs, ce passage important n'est-il pas une preuve de condescendance involontaire à la doctrine de la non-contagiosité ? est-ce que ces réserves n'atténuent pas singulièrement la doctrine contagionniste qui, pour se maintenir, doit être absolue ?

Est-ce que la tuberculose qui a tant d'analogie, suivant notre collègue, *inoculabilité à part,* avec la lèpre, ne continue pas à faire de terribles ravages, à constituer souvent le cinquième de la mortalité totale, dans les pays d'Europe à civilisation avancée ou complète, et dans lesquels il y a une hygiène, une police médicale ?

Est-ce que, dans bien des localités des Iles Britanniques, par exemple, où, d'après M. Besnier, il n'existe plus de lèpre depuis plusieurs siècles, on ne rencontre plus accumulées toutes les défectuosités individuelles et sociales, la promiscuité sordide et misérable, le contact humain trop étroit, malgré les progrès de l'hygiène et l'institution d'une police médicale? Croit-il qu'il n'y ait pas autant de sordidité, de promiscuité aux Shetland qu'en Scandinavie? à Londres qu'à Christiania? Sans doute, dans les Iles Britanniques comme en France, les cas de lèpre actuellement *indigène* sont très rares. Mais les relations si fréquentes de l'Angleterre avec ses vastes et si nombreuses colonies, dont beaucoup renferment des lépreux, rendent compte de cas de lèpre, en Angleterre, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit généralement, ainsi que le reconnaît le Dr Aitken (p. 992). La maladie se déclare chez des personnes qui sont nées aux colonies tropicales ou qui y ont fait un long séjour. MM. Vidal et Besnier ont cité eux-mêmes des cas de ce genre, pour l'Islande et l'Écosse particulièrement. Notre collègue ne reconnaît-il pas lui-même que les *riches*, ceux qui observent moins incomplètement les lois de l'hygiène, ne sont pas plus à l'abri de la lèpre, au Brésil, à Surinam, que les riches de Paris ne le sont de la phtisie? Landré-Rognat père prétendait même que la lèpre, à Surinam, s'attaquait particulièrement aux personnes dans l'aisance. M. Besnier explique cette bizarrerie en disant que, *dans les foyers lépreux*, « les causes de contamination se trouvent partout souvent à l'état latent ou larvé et très fréquemment, grâce à la promiscuité avec les esclaves ou les serviteurs familiers et à la liberté plus grande qu'en Europe des rapports extra-conjugaux. » Mais je lis dans le *Traité* de M. Leloir, à la page 310, que parmi les cent quatre-vingts observations inédites de lèpre, il n'en prend que quatre-vingt-cinq où les renseignements donnés par les malades paraissent présenter une garantie suffisante d'exacti-

tude. Sur ce total de quatre-vingt-cinq, vingt-neuf fois seulement la contamination peut être invoquée comme *possible* (mais non certaine), dix de lèpre norvégienne, trois de lèpre italienne et de Nice, dix des pays extra-européens.

A la page 302 de son livre, M. Leloir présente un tableau de cent neuf observations où les renseignements recueillis étaient suffisamment précis, et où, malgré une cohabitation prolongée, un des conjoints n'a pas contaminé l'autre. Sur ces cent neuf cas, six fois la durée de la cohabitation a été de 8, 10, 13, 17, 18 ans; huit fois elle a été de 13, 14, 17, 22 ans; trois fois de 8, 34, 20 ans.

A la page 297, M. Leloir dit : « Nous avons vu que la *mauvaise* hygiène ne peut produire la lèpre. *La lèpre n'étant pas une maladie tellurique, il est donc évident que les foyers lépreux produisent la lèpre, parce qu'ils contiennent des lépreux.* « Mais il se pourrait peut-être aussi, dit-il page 310, que les lépreux, en disséminant leur virus (bacilles et spores) dans le sol, les eaux infectent une région pour un temps plus ou moins long, en relation directe avec la quantité de virus semé par les lépreux. »

Vous voyez que, malgré la lumière éclatante fournie par la bactériologie, les contagionnistes eux-mêmes sont encore assez obscurs dans leurs interprétations et ne s'accordent pas entre eux

Séance du 22 mai : Parmi les pays dans lesquels une promiscuité misérable, l'absence d'isolement des malades, le défaut d'hygiène, de police médicale doivent favoriser la propagation de la lèpre, à un haut degré, M. Besnier a cité le Japon. Eh bien! c'est justement le docteur Baelz, professeur de médecine à l'Université de Tokio, qui a fait, en 1884, la déclaration suivante : « La lèpre, au Japon, « n'est ni contagieuse ni infectieuse, même au plus faible degré. « L'idée d'isoler les lépreux des autres malades ne peut venir à « la pensée de personne. Dans mes salles d'hôpital, j'ai toujours eu « des lépreux mélangés aux autres malades, chacun sachant la « nature de la maladie, mais personne ne faisant d'objection « pour occuper un lit voisin de ceux occupés par des lépreux. « Aucun procédé de désinfection n'était mis en pratique. Il y a « un docteur indigène à Tokio, dans la famille duquel le traitement de la lèpre a été pratiqué comme une spécialité, depuis au « moins trois générations, et la famille entière vit dans la même « maison que les malades lépreux. Depuis cent ans, plusieurs « milliers de cas ont été traités, toujours dans cette même maison « au centre de la capitale habitée par plus d'un million d'habitants, et jamais un seul cas de contagion n'est survenu. »

Le Dr Baelz est un des médecins les meilleurs et des plus estimés de l'Orient.

Il est difficile, je crois, de trouver une déclaration anticontagionniste plus frappante concernant une région qui paraît si favorable à la transmission de la lèpre.

Au Japon, il est vrai, la lèpre existe depuis un temps immémorial, et les contagionnistes présentent comme argument puissant, excluant toute dénégation, le développement des nouveaux foyers contemporains d'Europe et d'outre-mer. Le fait le plus considérable de ce genre c'est l'accroissement rapide des cas de lèpre aux îles Sandwich, que les contagionnistes regardent comme une épidémie. Pour moi, l'expression d'endémo-épidémie serait plus juste. Ce grand fait pathologique a été déjà le sujet d'une discussion, dans cette enceinte, en 1885. Un point particulièrement était en litige; il s'agissait d'établir si la lèpre existait ou non, aux îles, avant la recrudescence contemporaine si grave. J'ai fait, lors de cette discussion, tous mes efforts pour affirmer l'ancienneté de la maladie aux Sandwich. Je m'empresse, avant de revenir sur ce point, de remercier sincèrement notre cher collègue M. Besnier de l'impartialité si courtoise dont il a fait preuve à mon égard, lors de sa dernière communication. Mais, tout en accordant qu'il y a eu, antérieurement, des lépreux aux îles, il déclare qu' « au point de vue du litige réel, c'est-à-dire de « la question de savoir si l'épidémie actuelle des Hawaï a été, ou « non, apportée, par les Chinois, le point en discussion est de très « médiocre importance », car, dit-il, « les deux faits ne s'ex- « cluent pas l'un l'autre, et, alors même que la présence des « lépreux aux îles, dans le temps passé, serait prouvée, sans répli- « que, elle ne démontrerait pas que la grande explosion épidé- « mique actuelle n'est pas due à une importation de germes « nouveaux. »

Pourquoi des germes nouveaux ? Le bacille est ou n'est pas.

Ayant recueilli, depuis la discussion de 1885, des documents que je ne possédais pas alors, en ce qui concerne l'ancienneté de la lèpre aux Hawaï, je vous demanderai la permission de les résumer devant vous et j'essaierai ensuite de vous montrer que les contagionnistes ont fait trop bon marché ou ont même complètement négligé de tenir compte des profondes modifications qui se sont produites dans la santé publique et l'état social des habitants de cet archipel, depuis le commencement de ce siècle. Ces modifications ont, à mes yeux, une importance au moins aussi considé-

rable que l'importation de germes nouveaux dans l'extension de la lèpre dans ces îles. C'est le terrain, comme disent les bactériologues, qui est devenu plus fertile.

Suivant M. Besnier, en admettant même que la maladie ait déjà existé ou soit restée à l'état endémique aux Sandwich, l'arrivée dans ces îles de lépreux *non indigènes* aurait pu créer un foyer épidémique nouveau.

J'ai eu la bonne fortune d'être mis en rapport avec M. de Varigny, qui a habité les îles Hawaï de 1854 à 1868, et où il a rempli successivement les fonctions de ministre des finances, puis des affaires étrangères, ainsi qu'avec son fils, M. le Dr Henry de Varigny, qui est né à Honolulu et y a passé les quinze premières années de sa vie. Grâce à l'obligeance de ces Messieurs, que je suis heureux de pouvoir remercier publiquement ici, j'ai pu prendre connaissance des documents officiels relatifs à la lèpre, publiés, en 1886, par le gouvernement hawaïen, que M. Besnier a si souvent cités dans ses notes. J'ai également fait des emprunts au remarquable article publié, par M. le Dr H. de Varigny, dans la *Revue scientifique*, ayant pour titre : *La lèpre aux îles Havaï.*

Nous ne nous attarderons pas à démontrer, en nous étayant sur les belles recherches de M. A. Fernander, auteur d'un excellent livre sur les origines de la race polynésienne qui aurait pour berceau la péninsule Indienne, que la lèpre polynésienne, et par suite havaïenne, serait dérivée directement de la lèpre hindoustane. Nous trouvons cités par le Dr Mouritz, médecin résident et directeur de la léproserie de Molokaï, dans le rapport impartial qu'il a adressé au Gouvernement hawaïen, au mois de février 1886, des extraits très curieux du journal tenu, en 1823, par le révérend Charles Samuel Stewart, qui faisait partie de la première mission catholique américaine établie à Honolulu.

Ce missionnaire tenait note, jour par jour, de tous les faits qu'il observait pendant son séjour dans ces îles. A la date du 22 mai 1823, il écrivait : « Les habitants sont sujets à beaucoup de maladies de la peau. La majorité de ces habitants sont défigurés plus ou moins par des éruptions et des ulcères, et la plupart sont aussi hideux que des *lépreux*. »

Le 4 juillet de la même année, S. Stewart note la fréquence de l'ophtalmie scrofuleuse et de l'*éléphantiasis*. Mouritz lui-même, qui est contagionniste, reconnaît que le missionnaire a voulu parler de l'*éléphantiasis græcorum* ou vraie lèpre, et non de l'*éléphantiasis arabum* qui n'a jamais existé aux Sandwich.

Il admet que, dès 1823, la vraie lèpre existait dans l'archipel. Donc, le grand naturaliste voyageur Quoy avait pu la constater en 1819, comme je l'ai affirmé.

La lèpre a dû être longtemps confondue avec la syphilis et la scrofule, par suite de l'ignorance, en médecine, des missionnaires qui ont précédé les médecins européens.

D'après le Dr Hillebrand, la maladie n'aurait été introduite qu'en 1848, par un Chinois. Ce médecin n'aurait constaté le premier cas chez un Hawaïen que cinq ans plus tard.

En 1866, dans ses rapports, il faisait allusion à ce mal, qu'il signale comme contagieux. Il demande l'isolement.

Dans une lettre insérée dans la publication faite par le Gouvernement hawaïen, sous le titre de *Leprosy in foreing countries*, le Dr John S.-Mc Grew répond de la manière suivante, d'Honolulu, à la date du 27 septembre 1878, au général James Comby, ministre résident des États-Unis, à cette question : « Quand la lèpre a-t-elle fait, pour la première fois, son apparition aux îles Sandwich ? » « D'après les informations les plus précises, cette maladie « a existé de tout temps parmi les indigènes de ces îles. Les plus « intelligents indigènes disent que les plus anciennes traditions en « font mention et que la maladie n'a pas été introduite par les Chinois, comme quelques-uns le veulent prétendre ; aucun Chinois « ayant la lèpre n'aurait débarqué dans ces îles. »

Voici les renseignements. sur ce point, que j'extrais de la lettre qu'a bien voulu m'écrire M. de Varigny père, à la date du 24 novembre de l'année dernière, au sujet de la récente endémo-épidémie : « J'ai habité les îles Hawaï de 1864 à 1858, et j'y ai rempli « successivement les fonctions de ministre des finances, puis des « affaires étrangères. J'ai donc pris part active aux mesures adop- « tées pour combattre la lèpre. Que le fléau soit venu d'Asie, cela ne « me paraît pas douteux ; qu'il ait été importé par les Chinois, « cela se peut ; mais je crois que les premiers cas observés l'ont « été sur des lascars (travailleurs indiens) ; jusqu'en 1859. peu de « cas, mal observés ; période d'incubation limitée à l'île d'Oaka « et à Honolulu, principal port de l'archipel. Le fléau s'at- « taque surtout aux indigènes, semble épargner les blancs et « même les Chinois, alors en petit nombre. En 1863 seulement, « on fonde un hôpital spécial à Kaliki, aux environs de Honolulu. « Les Chambres votent un crédit de 150,000 fr., en 1864. Mais, « même alors, beaucoup niaient qu'on eût affaire à la lèpre « asiatique.

« L'importation des Chinois, pour les plantations de cannes à « sucre, date du 23 septembre 1855. On en débarque cinq cents, « mais déjà le fléau sévissait avec intensité, et on ne saurait l'at- « tribuer à leur arrivée. Aucun d'eux n'en était atteint en débar- « quant, et, à part un ou deux, aucun ne l'a contractée.

« Le Gouvernement se décida, en 1866, à des mesures rigou- « reuses. On établit dans l'île de Molokaï un cantonnement spé- « cial, complètement isolé, où on interna tous les lépreux, sans « aucune communication avec le reste de la population. Très peu « de blancs ont été atteints, et les blancs qui vivent dans ce lieu « contaminé, médecins, gardiens, sœurs hospitalières, en sont « presque tous exempts. Les seuls cas que j'aie connus sont ceux « de quelques blancs, et encore en petit nombre, ayant eu avec « des femmes kanaques des rapports sexuels. En est-il autrement « depuis? Je l'ignore. »

Les rapports officiels hawaïens me permettront de compléter ces renseignements. En 1864, le chiffre des lépreux dans tout l'archipel était évalué à 104. En 1866, lors de l'internement des lépreux dans la moitié d'une des îles, l'île de Molokaï, le nombre des lépreux dans tout l'archipel était d'environ 200. De 1866 à 1886, le total des lépreux isolés a été de 3,099, dont 2,443 sont morts ou ont quitté Molokaï. L'existant en 1886 était de 652.

Depuis l'établissement de la léproserie jusqu'à la fin de 1885, sur les 3,100 lépreux, on comptait 3,000 Hawaïens, 70 métis, 22 Chinois, 4 blancs et 5 autres individus de nationalités ayant des lépreux.

Il importe de mettre en regard des chiffres que nous venons de citer, pour donner une idée des progrès de la maladie, les changements survenus dans la population de ces îles. Ils ont, à mes yeux, une très grande importance, et j'insisterai sur ce point. J'emprunte ces chiffres à l'article Hawaï de l'excellent *Dictionnaire de géographie* de M. Vivien de Saint-Martin. « Entre ce qu'était, il y a un siècle, le peuple hawaïen et ce qu'il est maintenant, modifié au contact des Européens, il y a une étonnante différence. Les Hawaïens ont chèrement payé leur civilisation, leur population disparaît peu à peu, comme d'ailleurs toutes les races indigènes de l'Océanie. Cook en estimait, en 1778, la population à 400,000 âmes ; cette évaluation était évidemment exagérée ; toujours est-il que de cette époque à 1822, date d'une nouvelle évaluation, qui ne donne plus que 142,000 âmes, la diminution dût être considérable. Depuis l'introduction des recensements à l'européenne, on

a pu constater une décroissance constante, et le moment est facile à prévoir où la race indigène aura, dans tout l'archipel, cédé la place à la race blanche et à la race chinoise. On comptait, en 1832, 130,115 habitants; en 1836, 108,579 ; en 1850, 84,105 ; en 1853, 73,138 ; en 1860, 69,800 ; en 1866, 62,959 ; enfin en 1878, 57,985. De 1822 à 1882, c'est-à-dire en soixante ans, la perte était de 100,000 âmes. »

A ce dernier recensement, les 57,985 habitants de l'archipel étaient ainsi répartis : 44,088 indigènes (il y en avait encore 49,044 en 1872), 3,916 Chinois et 4,561 blancs, 947 enfants étrangers nés dans le pays, enfin 3,420 métis. En 1881, il ne restait plus que 40,000 indigènes.

J'appelle votre attention sur ce fait que, dans la population étrangère, les Chinois constituent l'élément prédominant. En 1870, ils n'étaient encore que 1,500 ; en 1886, ils étaient 19,000. En 1881, sur 15,000 Chinois, il n'y avait que 200 Chinoises. Cette disproportion entre les deux sexes des émigrants chinois a une très grande importance pour le sujet que je traite (1).

M. le Dr H. de Varigny, dans son article sur *la lèpre aux îles Havaï*, n'a pas manqué de signaler cette mortalité effrayante. Voici comment il s'exprime : « La race havaïenne est en décrois-
« sance marquée et marche vers une extinction rapide. La civi-
« lisation et la syphilisation sont entrées simultanément dans ce
« petit pays, toutes deux ayant admirablement prospéré. La race,
« qui était vigoureuse et élégante de formes, s'en va, rongée et
« épuisée par le poison vénérien si libéralement apporté par les
« équipages des navires, et que la facilité naturelle des mœurs
« tend à répandre sur la population entière. » La mort par syphilis, dit-il, dans un autre endroit, est fréquente aux Havaï, par suite de la négligence et de l'absence de soins. Ce n'est pas que les médecins manquent, mais l'insouciance de la population indigène est extrême. Il faut ajouter à la syphilis des causes de

(1) Voici des chiffres qui ont une éloquence capitale au sujet de la race :
De 1886 à 1887, la léproserie de Molokaï, d'après le Dr Mouritz, a reçu 3,076 lépreux, se décomposant ainsi, suivant l'origine :

Hawaïens	2,997	(M. 1903) (F. 1094)
Métis	37	
Chinois	22	
Blancs	16	
Autres nationalités	4	

mortalité bien autrement puissantes, telles que la tuberculose, la variole, la rougeole, l'alcoolisme. Vous voyez, Messieurs, que cette population offre un terrain fertile et tout préparé à l'évolution des maladies bactéridiennes ou non.

Je comprends, Messieurs, que l'extension considérable de la lèpre aux Sandwich, depuis trente ans, fournisse un argument puissant aux contagionnistes; mais ils se gardent bien d'insister sur les conditions de la population qui, profondément modifiées dans ses mœurs, dans sa résistance vitale, ont, pour moi, fait passer une maladie endémique à l'état épidémique. Ne voit-on pas les grandes perturbations sociales déterminer l'explosion, à l'état d'épidémies graves, des maladies endémiques? La variole, qui existe constamment dans la population parisienne, n'a-t-elle pas pris un développement effrayant pendant le siège de Paris? Comment expliquez-vous que, dans les pays où la fièvre jaune est endémique ordinairement, il se passe des années où elle est à peine signalée et d'autres où elle fait des ravages cruels? Certainement, il y avait des lépreux aux Sandwich avant 1884; pourquoi n'ont-ils pas constitué de foyers avant cette époque? Suivant moi, c'est que la population hawaïenne n'était pas encore amenée à cet état de déchéance organique qui a, depuis, favorisé si énergiquement le développement de la lèpre. Assurément, ce n'est pas l'inoculation du bacille qui a été le mode de transmission, puisque tous les contagionnistes reconnaissent que l'inoculation de l'homme à l'homme, soit expérimentalement, soit par accident, n'a pas été encore constatée.

Le docteur Arning, M. Besnier vous l'a dit, a inoculé, avec l'assentiment du Gouvernement, un Hawaïen condamné à mort; malgré toutes ses tentatives, il n'a pas observé, après quatorze mois, aucun symptôme de lèpre. Lui-même et plusieurs médecins, à Honolulu, à Maurice, et ailleurs, se sont blessés en faisant des autopsies de lépreux, et il n'en est résulté que des lymphangites ordinaires, dans ces cas. Mais ce même médecin a porté une accusation très grave contre la vaccination, en avançant qu'elle avait été, en 1868, à l'occasion d'une grave épidémie de variole, un des principaux modes de propagation de la lèpre aux Sandwich. Voici ce qu'il dit, dans un de ses rapports officiels : « Vous êtes « sans doute informé de l'opinion prédominante parmi les « médecins, que la dissémination inouïe et rapide de la lèpre « peut être attribuée à la pratique, sans discernement, sur une « grande échelle de la vaccination. Il y a, si mon information

« est exacte, indubitablement de nouveaux centres de lèpre
« développés après la vaccination, et quelques vieux habitants
« m'ont dit combien eux-mêmes ne prenaient pas de précaution
« en vaccinant pendant le développement de la variole, mais
« aussi en portant le lymphe, directement d'un bras à un autre,
« sans même avoir nettoyé les aiguilles ou les lancettes. Il est vrai,
« nous n'avons pas encore découvert si la maladie peut être
« transmise par inoculation ni combien de temps le virus déposé
« dans l'économie peut rester sans manifester de symptômes.
« Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de croire qu'un
« certain nombre de cas de lèpre doivent être dus à la vacci-
« nation. »

Vous avouerez, Messieurs, que ce passage ne brille pas par la logique. Les expériences tentées par Arning, pour obtenir quelque lumière sur la question si grave de l'inoculation de la lèpre par le vaccin humain, n'ont aucune valeur; voici, en effet, ce qu'il dit à ce sujet : « Je vaccinai un groupe de lépreux (*I vaccinated a* « *number of leprous*). Le vaccin prit seulement sur trois sujets, « un, ayant la forme tuberculose, et deux, la forme anesthésique. « La lymphe et les croûtes du cas tuberculeux contenaient des « bacilles de la lèpre; dans les deux cas de lèpre anesthésiques, je « n'ai pas trouvé de bacille. » Il est bien évident qu'il ne viendra à l'idée d'aucun médecin de prendre pour vaccinifère un sujet manifestement atteint de lèpre, à moins qu'il ne s'agisse de revacciner un autre lépreux adulte, et encore. Mais, de l'aveu de tous les dermatologistes les plus expérimentés, rien n'est aussi difficile que le diagnostic de la lèpre, au début, et dans les pays lépreux, chez de jeunes sujets en apparence entièrement sains soumis à l'examen le plus rigoureux et pouvant n'offrir les premiers symptômes de la maladie que dix, quinze ou vingt ans plus tard ; d'après la doctrine bactérienne, la lymphe vaccinale peut contenir le bacille de Hansen pendant la période latente. C'est ce que tendrait à établir l'observation des deux faits d'inoculation lépreuse vaccinale, publiée dans le *British medical Journal du 11 juin 1887*, par le professeur T. Gairdner, de l'Université de Glascow. M. Besnier l'a rapportée intégralement dans une note de son mémoire. Cette observation, bien qu'il y manque un détail de la plus haute importance, savoir : la certitude de la lèpre chez le vaccinifère, paraît avoir une portée si grave, aux yeux de notre collègue, que je crois devoir la résumer ; car, dès maintenant, je me hâte de le dire, la présence d'un micro-organisme comme

cause de la lèpre, aussi bien que de la tuberculose, vient porter, à n'en pas douter, un coup terrible à la vaccination par le vaccin humain et doit faire exulter de joie les membres de la ligue des antivaccinateurs.

Voici les détails les plus essentiels de l'observation de Gairdner : Un enfant, issu d'un père capitaine au long cours et d'une mère écossaise, habitant une île des tropiques où la lèpre est endémique, jouissant tous deux d'une bonne santé, ayant d'autres enfants jouissant également d'une excellente santé, est vacciné par un médecin du pays. Le vaccin avait été fourni par le propre enfant du médecin, qui avait pris le vaccin destiné à son fils sur un autre enfant, issu de parents lépreux. Plusieurs années après, le Dr Gairdner constata, en Écosse, l'existence de la lèpre chez les deux enfants, celui du capitaine au long cours et celui du médecin, qui tous deux étaient venus faire leur éducation en Écosse. Mais il n'a pu être prouvé que le premier vaccinifère fût lépreux.

Je ne puis attribuer à cette observation la valeur que lui donne M. Besnier ; il faudrait avoir reconnu la lèpre chez le vaccinifère par la présence du bacille de Hansen dans la lymphe. Voici, sur ce point, l'opinion de Tilbury Fox et de Farquhar, que je relève dans leur travail intitulé : *Scheme for obtaining a better Knowledge of endemic diseases of India* (Londres, 1872) : « On a prétendu que la lèpre pouvait être communiquée par la vaccination ; mais, si cela est, ce doit être excessivement rare, et il y a à peine lieu d'en tenir compte. »

W. Munro, qui a dirigé le service de santé à la Trinidad, combat avec énergie, dans sa brochure intitulée : *On the Etiology and history of Leprosy* (Manchester, novembre 1879), les graves accusations portées contre la vaccination par le Dr Backewell, de la Trinidad, devant la commission de vaccine de la Chambre des communes. Suivant le Dr Backewell, l'augmentation des cas de lèpre dans cette île, à Demerary, à la Jamaïque, aux Barbades, était due à l'introduction, dans ces localités, de la vaccination obligatoire. Munro termine son plaidoyer en ces termes : « Je crois en avoir dit assez pour montrer l'absurdité de cette accusation, portée contre la vaccination, d'avoir augmenté les cas de lèpre dans les Indes occidentales. »

Nous reviendrons sur cette grosse question quand nous traiterons des mesures prophylactiques.

En admettant même la transmission du bacille de Hansen par la lymphe vaccinale, les vaccinations et revaccinations n'auraient

pu jouer qu'un rôle fort restreint dans la propagation de la lèpre aux Sandwich; car, dès que les appréhensions, sur ce point, se manifestèrent, le vaccin animal fut substitué, par ordre de la commission sanitaire, au vaccin humain. Il est vrai qu'on pourra encore accuser les lancettes souillées de ces lépreux.

La variole a cependant fait de terribles ravages dans la population des Hawaïens. Il y a eu cinq cents décès, par cette cause, dans la seule année 1881.

Tout en reconnaissant que la cohabitation conjugale ou sexuelle peut être une des causes de la transmission de la maladie, comme il paraît en être de même, assez souvent, pour la tuberculose, l'endémo-épidémie des Sandwich serait plutôt de nature à prouver qu'il faut y joindre des prédispositions particulières, parmi lesquelles il faut placer, au premier rang, l'aptitude tenant à la race. Tous les rapports des médecins de Hawaï, même ceux rédigés par les plus ardents contagionnistes, constatent que les cas de lèpre chez les blancs et même chez les Chinois forment une infime proportion, relativement au total des lépreux indigènes et des métis. Et cependant, l'on sait à quel point sont faciles les rapports sexuels extra-conjugaux, combien est grande la licence chez les femmes kanaques, et combien est marquée la salacité chez le lépreux, tout à fait au début de la maladie.

M. Besnier, préoccupé surtout de mettre en relief la transmission de la lèpre par la contagion, tient, selon moi, trop peu compte de l'hérédité qui est admise comme un des modes les plus importants, sinon le plus puissant, de propagation par tous les observateurs compétents des pays à lèpre qui ont fourni les réponses aux diverses enquêtes que j'ai citées, et particulièrement à celles faites par le Gouvernement havaïen. Toutes les réponses relatives à la huitième question, qui vise l'hérédité, dans ce document, sont affirmatives, avec ou sans réserves. Sans doute, l'hérédité n'est pas fatale, mais elle est surtout très probable quand la mère est lépreuse ; elle est très fréquente surtout lorsque la fécondation de la femme a lieu alors que la maladie est déjà avancée. L'hérédité a joué incontestablement un grand rôle aux Sandwich, depuis qu'on s'est aperçu des progrès du fléau. Il ne faut pas oublier que la femme kanaque est nubile de très bonne heure et qu'elle est très licencieuse.

Mon excellent ami, le D^r van Leent, qui a une profonde expérience de la lèpre, acquise par de longs séjours aux Indes néerlandaises, accorde une part prépondérante à ce mode de transmis-

sion ; il m'affirme qu'il a étudié cette question avec toute la précision, toute la conscience et l'exactitude que son importance réclame. Pour lui, elle *est constante*, mais elle peut sauter une génération.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que sur 943 lépreux existant à Molokaï, en avril 1884, 52 employés, à titres divers, aient contracté la lèpre depuis leur entrée à la léproserie. Ces employés sont des indigènes ou des métis. Beaucoup d'entre eux en étaient à la période d'évolution, ou, comme le disent les bactériologues, à la période de microbisme latent, lors de leur internement. Il faut aussi savoir quelle promiscuité effrayante règne entre ces malheureux parias de la société, comme je le dirai tout à l'heure.

M. Besnier est bien obligé de reconnaître lui-même le rôle prédisposant de la race et de la dévitalisation chez les Hawaïens, puisque, d'une part, il cite ce chiffre élevé d'employés de la léproserie atteints de lèpre et, en même temps, quelques lignes plus loin, répondant aux anticontagionnistes qui s'appuient sur la rareté de la transmission de la lèpre chez les médecins et les gardes-malades, il nous dit : « C'est que, pour la lèpre, comme « pour beaucoup d'autres maladies, l'éventualité de la contagion, « des malades aux médecins-infirmiers gardes-malades, est très « faible dans les conditions ordinaires de l'existence. » En même temps, il est vrai, il nous cite l'observation des malheureuses filles de charité et de l'admirable frère Damien, victimes de leur dévouement sublime. On ne peut, cependant, en ce qui concerne ces héroïques victimes de la charité, invoquer la promiscuité sordide, ni la cohabitation sexuelle. Le frère Damien n'a commencé à voir paraître les premiers symptômes de la maladie qu'après treize ans de séjour au milieu des lépreux. Pour les (14 environ) blancs de diverses nationalités, reconnus lépreux, depuis 1856 aux Sandwich, ce n'est qu'après un long séjour dans ces îles que la maladie apparaît. Je ne saurais trop le répéter, tout est mystère encore, tout demeure encore obscur dans l'étiologie de la lèpre.

A Ceylan, il n'y a pas d'exemple, depuis de nombreuses années, que des serviteurs soignant les lépreux et lavant leur linge aient contracté la maladie.

Pas un seul infirmier à l'asile d'Almora (nord-ouest de l'Inde) n'a contracté la lèpre, dans l'espace de trente ans.

A la léproserie de Tracadie (New-Brunswick), le Dr Bayard a constaté que des enfants nés de mères lépreuses, nourris et élevés

par des nourrices lépreuses au lazaret, à toutes les périodes de la maladie, n'offrent pas de symptômes lépreux.

En Crète, d'après le Dr Bronelli, il y a eu cent vingt-sept personnes qui ont vécu toutes, en bonne santé, pendant plusieurs années au milieu des lépreux. A Nagpore, le Dr Hende a vu une moyenne de cinq cents prisonniers, pendant neuf ans, vivant à la geôle, en communauté, et quelques-uns emprisonnés, encellulés avec les lépreux, et il n'a observé aucun cas de transmission.

Je pourrais multiplier les citations de directeurs de léproseries des Indes anglaises ou néerlandaises démontrant, par des chiffres éloquents, les nombreux cas d'individus demeurant, soit à titre d'infirmiers, d'employés, soit internés à tort, par erreur, pendant quinze, vingt, trente ans, au milieu des lépreux, accomplissant les besognes les plus sordides, lavant les linges les plus contaminés, sans être atteints, et mourant de tout autre maladie que de la lèpre.

Il faut que notre cher collègue et, avec lui, plusieurs partisans ardents de la contagiosité soient bien pénétrés de la nécessité de causes prédisposantes, adjuvantes, nécessaires même à la germination des fameux bacilles puisqu'ils ne craignent pas d'écrire, dans leurs livres que le procédé le plus efficace, pour les individus des pays à lèpre *qui en ont les moyens*, d'arrêter la marche envahissante de la maladie, c'est d'émigrer en Europe, dans les grandes villes. Et la preuve que leur conviction est très profonde, c'est qu'ils admettent les lépreux importés, en France, dans les hôpitaux, au milieu des autres malades et qu'ils les traitent à domicile.

Mais si M. Besnier et les dermatologistes de Paris pensent que, grâce aux soins élémentaires d'hygiène générale et domestique, on peut admettre sans danger, au milieu des autres malades, les lépreux dans les hôpitaux et les traiter à domicile, dans les hôtels ou les communautés religieuses, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit de même dans certains pays, aux États-Unis par exemple. Beaucoup d'entre vous, Messieurs, ont pu lire, dans deux des numéros de décembre de la *Semaine médicale*, la communication suivante, due à l'un des correspondants de ce journal :
« Deux lépreuses venues du Brésil à Philadelphie, avaient été in-
« ternées à l'hôpital des maladies contagieuses de la ville. Le
« médecin qui les avait soignées tout d'abord avait été con-
« damné à une amende pour avoir négligé de signaler ces cas aux
« autorités sanitaires. Il aurait été décidé de renvoyer les deux

« lépreuses au Brésil, et une souscription est ouverte à cet effet. « Toutefois, on croit qu'aucun capitaine des paquebots qui font « un service régulier entre le Brésil et les États-Unis ne consen- « tira à prendre ces deux malades à bord de son navire. Dans ce « cas, comme on est bien déterminé à les renvoyer, on n'hé- « sitera pas à fréter spécialement un navire dans ce but. » Je me demande si on réussira à former un équipage pour ce navire (1).

Ces deux malheureuses femmes brésiliennes, considérées comme un danger public par les autorités médicales de Philadelphie, avaient, en plus de la lèpre, le malheur d'être pauvres. Si elles eussent été munies de nombreux dollars, il est plus que probable que l'on eût adopté, à leur égard, l'opinion que formule M. Besnier : « Si l'immigrant lépreux, dit-il, est de condition heu- « reuse, et qu'il arrive dans un lieu où les lois de l'hygiène sont à « peu près mises en pratique, il n'y a plus de danger public pour « ceux qui n'ont avec lui que des rapports sociaux ordinaires ; et, « même pour ceux qui vivent dans l'intimité absolue, ce danger « est presque complètement annihilé, s'ils observent les pratiques « les plus élémentaires de l'hygiène domestique. »

Il faut avouer alors que le bacille de la lèpre est bien accommodant : il respecte la richesse et le confortable qu'elle donne. Celui de la tuberculose est bien autrement cruel : rien ne l'arrête, et, bien que son inoculabilité soit démontrée de l'homme à l'homme, de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme, bien qu'il soit transmissible par la vie maritale, par l'allaitement, par la poussière provenant des produits de l'expectoration, vous ne réclamez aucune des rigueurs terribles qui équivalent à la mort sociale et que, dans bien des pays, vous prétendez appliquer aux lépreux pauvres, c'est-à-dire l'internement forcé dont je vais m'occuper.

Il est vrai que la phthisie, qui fauche tant d'existences chaque année chez toutes les nations, tout en déterminant la mort, n'inspire que la pitié pour les malades qui en sont atteints, tandis que la lèpre inspire l'horreur et la répulsion.

(1) Peu de temps avant, M. Paul Aubry, dans son excellente *Étude sur les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les léproseries en Orient*, publiée dans le nº 16 de la *Revue internationale des sciences médicales* (1887), rappelait ce fait : A Bakou, les passagers du paquebot *le Tigre* avaient refusé de s'embarquer à cause de la présence, à bord, de vingt lépreux persans que l'autorité de la localité voulait rapatrier.

A l'époque actuelle, les nations qui mettent en pratique l'internement forcé sont en très petit nombre, et encore cet internement n'est-il que fort incomplet ; il ne porte, pour ainsi dire, que sur les lépreux pauvres. En Europe, c'est la Norvège qui présente le plus de cas de lèpre. En 1856, on comptait, à domicile, 2.628 lépreux, et, dans un asile, 295 seulement. A partir de 1857, les idées contagionnistes ayant pris faveur, l'internement devint, jusqu'à un certain point, obligatoire. Malgré cette mesure sévère, à la fin de 1880, on comptait encore 1582 cas de lèpre, dont 617 internés et 965 en liberté, c'est-à-dire les trois cinquièmes des cas. La diminution des cas est de 507, soit 45 0/0 en vingt-cinq ans ; mais les causes en sont complexes et ne sont pas dues à l'internement seul ; l'obstacle apporté à l'hérédité a certainement une large part. En tout cas, le résultat n'est pas déjà aussi probant.

En offrant à l'Académie (dans la séance du 7 février dernier) le magnifique ouvrage de M. le professeur Münch, de Kiew, sur la *lèpre* telle qu'on l'observe au *sud de la Russie* et sur le *Vitiligo endémique du Turkestan*, nôtre collègue M. Charcot nous a dit que, dans les régions de la Russie méridionale où la lèpre est endémique, la population elle-même la considère comme contagieuse et pratique « d'instinct » l'isolement. Ainsi que nous l'apprend M. Münch, il y a à distinguer l'isolement *domestique* pratiqué à l'aide d'une cabane construite par la famille, dans une basse-cour, et l'isolement *communal* qui, lui, est pratiqué à l'aide de huttes construites par la commune, en dehors du village. Ces mesures prises par la population, sans contrôle administratif, ne sont pas obligatoires et n'ont pas d'effet, — mais alors elles n'en ont, — dit notre collègue M. Charcot, que là où elles sont mises sévèrement à exécution, comme par exemple chez les Cosaques d'Astrakan, où la maladie, grâce à l'internement forcé, aurait aujourd'hui presque complètement disparu. M. Charcot regrette la suppression, qui date de quarante ans, *des léproseries centrales du Gouvernement* à Astrakan, au Caucase, sur les terres des cosaques du Don, par suite de l'opinion des médecins affirmant l'innocuité de la lèpre au point de vue de la transmission par contagion.

Au Turkestan, les lépreux, chassés par leurs familles et les habitants des villages, se construisent un abri près des villes et y vivent d'aumônes. On ne peut pas accuser la découverte du bacille de Hansen d'avoir été la cause de ces mesures barbares ; depuis l'antiquité la plus reculée, la lèpre a inspiré cette horreur et a donné lieu aux actes les plus féroces. Quand on songe aux si

nombreuses erreurs dont des milliers d'êtres atteints de toute autre maladie que la lèpre ont été victimes, on est pris d'une douloureuse pitié.

MM. Besnier et Leloir ont proclamé hautement les difficultés de diagnostiquer la lèpre au début. Le Dr Fitch, médecin anti-contagionniste fixé à Honolulu, s'exprime ainsi : « Je doute qu'un médecin sur cinquante du monde entier puisse reconnaître le premier cas de lèpre qu'il verra, à moins que ce ne soit un cas très avancé. Il est souvent très difficile de prononcer si une personne est lépreuse ou non. » Vous voyez d'ici, Messieurs, ce que les pratiques arbitraires, sans aucun contrôle, des cosaques de la Russie méridionale, qui peuvent se résumer par cette formule : *Internez-vous les uns les autres*, doivent amener d'abus et torturer de malheureux. Ces erreurs coupables et terribles sont d'autant plus nombreuses qu'au Turkestan, d'après M. Münch, le vitiligo (ce que les auteurs anglais appellent *leucoderma*) est aussi endémique. Cette maladie n'a rien de commun avec la lèpre, si ce n'est la transmission par hérédité ; elle n'est pas contagieuse, mais l'instinct populaire la considère comme telle et on interne, jusqu'à la mort, les malheureux atteints de vitiligo.

En Turquie, d'après M. Paul Aubry, les léproseries ne méritent même pas le nom d'asiles ; ce sont des cabanons où les malheureux sont entassés, vivant plutôt d'aumônes que de la maigre subvention qui leur est accordée.

Ce ne sont pas des hôpitaux fermés. Les médecins indigènes ne savent même pas ce que c'est que la lèpre ; ils pénètrent à peine dans ces repaires de la misère et de la souffrance. A Constantinople, une grande partie des lépreux vivent en liberté. M. le Dr Zambaco, seul, leur vient en aide ; il les reçoit chez lui tous les jeudis. Il est vrai qu'il n'est pas contagionniste, vous le savez. Malgré la promiscuité la plus complète, malgré la cohabitation entre mari et femme, l'un sain, l'autre malade, ayant même des ulcères, il n'y a pas d'exemples authentiques de contagion.

En Espagne, la communication entre les lépreux et les personnes en bonne santé n'est pas interdite.

Au Canada, les lépreux sont internés, depuis 1844, en partie du moins. Ce sont surtout les efforts faits de la part du clergé qui engagent les malades à recourir au lazaret. Depuis quelques années, tous ceux qui y sont entrés y sont restés jusqu'à leur mort, à deux exceptions près. En 1887, d'après le Dr Taché, médecin de l'asile de Tracadie, il y avait, dans l'asile, vingt-

deux personnes, dont une jeune fille non lépreuse, mais atteinte de lupus. Le nombre des lépreux est stationnaire depuis 1875.

A la Caroline du Sud, la maladie ne s'est pas accrue en quarante ans, bien qu'il n'y ait pas d'internement.

A Mexico, où la contagiosité de la lèpre n'est pas admise (Poncet), la maladie est connue du temps de la conquête ; depuis Fernand Cortès, un hôpital spécial a été ouvert pour les lépreux. En raison de l'énorme courant d'immigration des Chinois vers la Californie, où il y a maintenant plus de 100,000 Chinois, une loi a été promulguée à l'égard des habitants du Céleste Empire. Tout convoi d'immigrants doit passer une inspection rigoureuse à Hong-Kong et à l'arrivée à San Francisco. Il est défendu à toute personne atteinte de lèpre ou d'éléphantiasis de débarquer dans ce dernier port. Les cas suspects sont internés au lazaret. Défense à tout capitaine de laisser débarquer un lépreux.

Dans les trois présidences des Indes anglaises orientales, qui, sur une population de 210,767,504 habitants, comptent 124,924 lépreux, soit 5,9 par 10,000 habitants, au dernier recensement, seize asiles très bien installés sont affectés spécialement aux lépreux. Ils y reçoivent des soins et sont soumis à un ensemble de mesures hygiéniques, qui, sans jamais donner de guérison, améliorent, pour longtemps souvent, leur situation ; mais il n'y a aucune mesure coercitive à l'égard des malades. Les léproseries anglaises aux Antilles peuvent aussi servir de modèle, particulièrement celle de Cocorite (Trinidad), qui est un véritable hôpital, irréprochable sous tous les rapports.

En ce qui concerne les colonies hollandaises, il y a une différence notable entre les colonies occidentales, ou d'Amérique, et les colonies orientales, ou asiatiques.

Il est exact qu'à Curaçao, où j'ai séjourné un mois, comme l'a dit le Dr Leloir, dans son *Traité*, le Gouvernement neerlandais a adopté, depuis quarante ans, des mesures prophylactiques.... plus sévères sur le papier qu'en réalité.

Le décret concernant la visite et la séquestration des lépreux à Curaçao ordonne que, quand un cas de lèpre est signalé à la commission de l'extinction de la lèpre, la commission fera comparaître le malade devant elle. C'est sur le rapport (obligatoire) des médecins, sur la demande des familles et de la personne affectée, que la commission spéciale (en majorité composée de médecins) procède à l'examen. Sur son rapport, le Gouvernement

prononce ou non la séquestration. Cette commission ne siège qu'une fois par an. Il est du devoir des médecins de traduire, spontanément, devant la commission une personne soignée par eux. Les familles aisées, considérées, ne signalent presque jamais la lèpre chez un de leurs membres. Plus rarement encore, la personne lépreuse sollicite elle-même sa séquestration. Cela arrive pourtant. Il en résulte que ce ne sont que de malheureux lépreux, appartenant aux classes inférieures de la société, qui sont soumis à la loi, si rigoureuse dans le texte, sur la séquestration.

Cette séquestration équivaut à une condamnation à mort. On entre dans l'asile paria de la société ; on n'en sort que mort.

En réalité, à Curaçao, la lèpre est rare. L'asile spécial contient, au plus, une vingtaine de malheureux. Le chiffre véritable des lépreux n'est pas connu. Les visites à domicile tendant à faire découvrir les malades ou les suspects tenus enfermés par les familles ne sont pas autorisées. Pour faire preuve d'équité, les membres de la commission, eux-mêmes, n'appliquent pas la loi avec toute la sévérité qu'exigerait l'intérêt de la société, du moment que l'internement est admis en principe. Rien n'est plus arbitraire que l'application de cette mesure. C'est le cas de dire : « Selon que vous serez puissant ou misérable, les jugements de cour vous rendront blanc ou noir. » On voit par là qu'on est, en somme, assez peu contagionniste à Curaçao. La population dite espagnole, qui habite de l'autre côté de la ville néerlandaise et qui en est séparée par le port (nommée *Altera Banda*), cache, avec soin, ses malades lépreux. Ils sont soignés à domicile et passent toute leur vie séquestrés, à l'intérieur des maisons.

A Surinam, chaque année, comme à Curaçao, la commission reçoit les plaintes des intéressés à la séquestration de quelque malheureux lépreux, les rapports des médecins, les demandes de séquestration provenant de cette société bizarre qui repousse les malheureux lépreux, sans cependant croire à la contagion.

L'établissement de séquestration appelé *Batavia*, au bord du fleuve Nic-Keric, limite de la Guyane anglaise et de la Guyane néerlandaise, est bien tenu et relativement salubre. Mais ce qui est déplorable, c'est la promiscuité révoltante dans laquelle ces êtres misérables vivent entre eux, souvent sans égard aux liens de parenté qui les unissent.

Ce mode de séquestration, ici, comme dans presque tous ces asiles, devient une nouvelle source de propagation de la maladie. Et cependant, à la Guyane comme dans tous les pays lépreux, on

a la certitude que l'hérédité joue le rôle prépondérant dans la propagation de la lèpre. La séquestration ainsi pratiquée devient donc plutôt une source de nouveaux cas. Heureusement, la lèpre grave entraîne la perte de la fécondité chez les femmes et l'impuissance virile absolue. Mais au contraire, au début de la maladie, le sens génésique est singulièrement accru dans les deux sexes ; il atteint parfois une telle intensité que les cas de satyriasis et de nymphomanie ne sont pas rares. Depuis le contagionniste passionné Schilling, le grand observateur, dit le Dr Leloir, on pourrait le nommer le contagionniste redoutable, ni la population, ni les médecins n'admettent la contagiosité de la lèpre à Surinam. Le terrible docteur Schilling, obsédé de l'idée de contagiosité, déclara entre autres un collègue *suspect de lèpre latente*. Ce malheureux, repoussé de sa famille, fut séquestré et mourut sans que jamais la lèpre se fût déclarée ; après sa mort, tous ses effets furent brûlés. Combien de cas semblables de diagnostic de lèpre latente pourraient être enregistrés, s'ils étaient connus.

Voici les renseignements que nous avons recueillis sur les colonies hollandaises des Indes orientales : c'est surtout dans l'archipel des Moluques (aux îles Banda et Ternate) qu'on observe la lèpre. Cette maladie n'est pas rare non plus dans les parties occidentales de Java et de Sumatra (surtout dans les hauteurs, particulièrement à Paya-Comba, localité qui, sous le rapport des splendeurs de la nature, est un véritable paradis terrestre). On la rencontre aussi à Bornéo, à Célèbres et à Timor.

Les Arabes de l'archipel ne sont pas atteints de lèpre. Ils vivent assez isolément et ne contractent pas d'unions avec les indigènes d'autres races. L'immunité dont ces tribus jouissent, ainsi que leurs descendants, est un argument puissant contre la contagiosité. Elle témoigne en faveur de l'origine héréditaire chez les autres races.

En 1855, il existait encore, dans l'archipel, quatorze asiles pour les lépreux, mais depuis 1885, huit ont été abolis ; il n'en reste que six ouverts aux lépreux qui désirent y être internés ; ils contenaient 189 malades à la fin de 1882. Aux colonies orientales, la contagiosité n'est pas admise.

Enfin, Messieurs, plusieurs colonies françaises, telle que les Antilles, la Guyane française, l'île de la Réunion, Pondichéry, ont des asiles affectés aux lépreux. Dans aucune de ces colonies, la séquestration n'est rigoureusement appliquée. Comme ailleurs, ce sont presque uniquement les lépreux pauvres qui, sur la de-

mande des familles, des maires des communes, sont admis dans ces établissements. Jusqu'en 1860, dans plusieurs de ces colonies, les malades étaient admis sans visite consciencieuse ; c'était un procédé facile pour se débarrasser des infirmes ou des paresseux porteurs d'ulcères curables ; depuis, des examens plus sérieux ont mis fin, en partie, à ces abus. Le chiffre des malades des deux sexes admis dans ces asiles est très loin de représenter le nombre des lépreux dans chacune des colonies. Beaucoup de familles conservent leurs malades renfermés et les soignent jusqu'à la fin. Aussi, l'année dernière, le Conseil supérieur de santé de la marine a-t-il été appelé à statuer sur un projet de décret adressé au ministre de la marine par l'administration de Cayenne. Il ne s'agissait rien moins que de rétablir les mesures draconiennes prescrites par le décret de 1810. Le conseil supérieur a pensé que les mesures ordinaires de police prises par les autorités locales, à l'égard des vagabonds, des mendiants, des gens sans asile, sont parfaitement suffisantes à l'égard des lépreux. Comme le *Royal medical College* de Londres, il pense que « c'est en créant des asiles et des établissements hospitaliers, offrant des conditions satisfaisantes de bien-être et de traitement, et non en édictant des mesures exceptionnelles, inquisitoriales et dures, qui ne sont plus dans nos mœurs, que la colonie de la Guyane, comme les autres colonies françaises, doit combattre une maladie dont les victimes sont des malheureux et non des coupables ». (15 mai 1887.)

Comme vous le voyez, ce n'est réellement qu'aux îles Hawaï que la séquestration est sévèrement appliquée. On comprend cette rigueur en raison de l'effrayante multiplicité des cas de lèpre dans cet archipel. Mais, hélas ! malgré ces mesures draconiennes, je le crains bien, le combat ne finira que faute de combattants, c'est-à-dire que la lèpre disparaîtra en même temps que le dernier indigène.

Aux Havaï, comme partout, le plus grand obstacle à l'extinction de cette maladie, c'est l'impossibilité de mettre, en temps opportun, une barrière infranchissable à la procréation entre lépreux ou entre un sujet sain et un sujet lépreux, même à l'état latent ; de là, la perpétuité du mal par hérédité et aussi, je le reconnais, par promiscuité connubiale. La séquestration n'a lieu, en effet, que lorsque la maladie est évidente, très avancée, qu'elle a produit toutes ses laideurs ; déjà alors, depuis bien des années les rapports sexuels ont produit leurs fruits. Enfin, dans aucun lieu de séquestration, que je sache, on est parvenu à empêcher, d'une

manière absolue, les rapports sexuels ; au contraire, dans bon nombre de ces asiles, dont plusieurs ne sont que des colonies de lépreux où femmes, hommes, enfants sont séparés du reste du monde, la promiscuité est sordide et honteuse.

La découverte du bacille spécifique, à mon sens, ne peut en rien atténuer la prépondérance du rôle accordé, par l'immense majorité des observateurs, à l'hérédité dans la propagation de la lèpre et, par suite, comme cause de sa perennité. La découverte du bacille de Koch n'a pu en rien, non plus, diminuer la valeur de la doctrine de la transmission par hérédité, de la tuberculose. Mais les nouvelles acquisitions de la bactériologie devaient avoir pour conséquence logique, et, pour ainsi dire, forcée, des faits attribués par ses partisans, une part plus large à la transmissibilité par contact, par cohabitation et de les amener à revenir à des mesures d'isolement, de séquestration terribles tombées en désuétude.

La notion du bacille de la lèpre n'a en rien démontré la transmissibilité directe d'individu à individu, quoi qu'en dise le Dr Arning, et avec lui notre collègue, M. Besnier et M. Leloir, puisque, jusqu'à présent, il n'a jamais pu s'inoculer de l'homme à l'homme. Quand le Dr Arning, dont les travaux sont loin de m'inspirer grande confiance, avance que le bacille peut avoir un état d'évolution intermédiaire, état sporulaire que l'on est, quant à présent, incapable de découvrir, qu'il peut avoir pour habitat le sol, l'eau et les aliments (ce qui n'a jamais été démontré), mais qui ne peut venir que des tissus d'un lépreux, M. Arning, dis-je, ne fait qu'émettre une pure hypothèse.

Pour M. Besnier, l'existence d'un microphyte, dans toutes lésions lépreuses, d'une part, et la transmissibilité de la lèpre, d'autre part, sont deux faits qu'on ne peut séparer, Ce rapport ne paraît pas aussi bien établi que le pense M. Besnier. Un de nos collègues les plus autorisés en bactériologie ne vous a-t-il pas dit, à la séance du 17 avril : « La lèpre est incontestablement une maladie bactérienne et, cependant, sa contagiosité est si difficile à établir, que bien des auteurs se refusent à l'admettre. »

La notion du bacille de Hansen n'a jeté aucune lueur utile sur la mesure dans laquelle la transmissibilité s'exerce, transmissibilité qui est éminemment variable, de l'aveu même des contagionnistes les plus ardents, ni sur les modes, ni sur les voies d'introduction du contage. Donc, nous ne sommes pas plus avancés qu'avant sa découverte, en ce qui concerne les mesures prophy-

lactiques à employer. Tout ce que vous savez, c'est que l'homme semble être le seul agent ou du moins l'agent essentiel de cette transmission.

La seule conclusion pratique à en tirer, c'est qu'il faudrait faire disparaître l'homme lépreux : *Morte la bête, mort le venin.* Mais cette mesure radicale, applicable aux chiens enragés, ne l'est pas à l'homme.

M. Besnier, toujours d'après le Dr Arning, et je vous ai dit déjà combien étaient insuffisants et peu scientifiques les quelques essais tentés à Honolulu par ce médecin allemand, pour éclaircir cette question si grave, admet qu'il est à peu près certain que la lèpre peut être inoculée pendant la vaccination, même lorsque le vaccinifère n'aurait le bacille qu'à l'état sporulaire.

Notre cher collègue ne peut apporter à l'appui que les suppositions d'Arning et les deux faits publiés par Gairdner. Tout esprit impartial reconnaîtra, comme je crois vous l'avoir montré, qu'ils ne sont pas de nature à entraîner la conviction.

En tout cas, ce que vous avancez là, d'après les données récentes de la bactériologie, s'applique, *à fortiori*, à la tuberculose, qui est une maladie parasitaire à microphyte dont l'inoculabilité est admise actuellement de l'homme à l'homme, des animaux à l'homme, et réciproquement. Eh bien! alors, pourquoi ne séquestrez-vous pas les tuberculeux, pourquoi les laissez-vous procréer et contracter des alliances avec des sujets sains.

Prenez garde que ces insinuations graves sur l'innocuité dont jouissait jusqu'à présent la lymphe vaccinale, répandues et exagérées dans l'esprit du public, ne viennent paralyser les efforts tentés, de toute part, pour éteindre les ravages de la variole et discréditer l'immortelle découverte de Jenner. Il vous faut, dès maintenant, prohiber toute vaccination de bras à bras, puisque le bacille de Kock peut aussi, à l'état sporulaire, trouver ces terrains fertiles dans la lymphe vaccinale. Le vaccin animal doit donc seul être employé désormais, non seulement dans les pays à lèpre, pour éviter une des causes prétendues de la propagation de cette maladie, mais aussi dans le monde entier, car il y a partout des tuberculeux; partout il y a des maladies microphytaires dont le parasite peut rester à l'état sporulaire pendant un temps indéfini. On va pouvoir bientôt, en effet, compter les maladies qui ne sont pas microphytaires.

Mais avant que vous ayez, non seulement en France, où la tuberculose détermine le cinquième des décès, mais dans nos

colonies à lèpre, des instituts vaccinogènes par vaccin de génisse, il se passera de longues années, pendant lesquelles vous aurez ébranlé profondément la confiance dans la vaccination et la revaccination.

Dans les pays tropicaux, surtout, les génisses, à certaines époques, deviennent tuberculeuses en grand nombre, et, comme le remarque à la suite d'une longue expérience dans l'Inde, le Dr Rob. Pringle, dans une note que m'a communiquée sur ce sujet sir Joseph Fayrer, la lymphe vaccinale du ventre des veaux devient très rapidement septique.

Heureusement, M. Cornil nous a, en partie, rassurés, dans cette même séance du 17 avril, au sujet de nos craintes sur la transmission des maladies microbiennes par les vaccins; il vous a dit : « Pour la tuberculose, il paraît démontré, par une série de travaux, en particulier par ceux de Chauveau et de Strauss, que le microbe spécifique ne se trouve pas dans les pustules vaccinales. » Il en est sans doute de même pour le microbe de Hansen.

La notion du bacille n'a apporté, jusqu'à présent, aucune donnée utile pour la thérapeutique de la lèpre qui est et demeure, il faut l'avouer, incurable. On en est toujours aux moyens empiriques. De temps en temps, il surgit un nouveau moyen, qui jouit momentanément d'une vogue éphémère et qui ne tarde pas à céder la place à un autre tout aussi décevant.

La notion du bacille de Hansen n'a rien fait connaître qui ne soit connu sur les conditions extrinsèques qui favorisent la propagation de la lèpre ; nous en sommes toujours aux causes banales, telles que la misère sociale et la promiscuité. Les conditions inverses, c'est-à-dire un état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée, annihileraient, à peu près, sa faculté contagieuse. D'où les lépreux riches n'ont qu'à venir se faire traiter en Europe, ils y seront bien accueillis ; quant aux lépreux pauvres, ils n'ont qu'à rester chez eux, dans leurs asiles, attendant la mort au milieu de leurs malheureux compagnons d'infortune, tout lien de famille étant brisé pour eux.

Notre collègue M. Besnier, inspiré par une conviction profonde en bactériologie, a cru devoir sonner l'alarme, non seulement dans un but humanitaire général, mais dans l'intérêt de nos compatriotes. Il a appelé l'attention de l'Académie sur cette hideuse maladie dont la thérapeutique est extrêmement précaire (il eût pu dire : à peu près nulle), dans le but d'attirer, sur ce grave

danger public, la sollicitude de la police sanitaire de notre pays.

En entendant cet appel, j'ai cru que notre collègue terminerait sa communication si importante en formulant un ensemble de mesures analogues à celles édictées par les autorités de San Francisco, à l'égard des immigrants chinois, ou de celles en vigueur aux îles Sandwich. A mon grand étonnement, il s'est borné à conseiller de recourir à des *procédés de protection basés sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générale, tout en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque.*

Eh bien! Messieurs, dans ces termes généraux, bien que n'étant pas ébloui par les lumières projetées par la bactériologie, en ce qui concerne la lèpre qui, *grâce aux travaux modernes serait définitivement entrée dans la période scientifique de son histoire*, je m'associe entièrement aux conclusions de mon cher collègue. Les mesures prophylactiques resteront les mêmes aussi bien avant qu'après la découverte de Hansen, et, je le crains fort, la lèpre, comme la tuberculose, comme la syphilis, continueront à peser lourdement sur l'humanité.

Paris. — Imp. G. Rougier et Cie, 1, rue Cassette.

